Über
Nieren-Dysto

Inaugural-Dissertat

zur

Erlangung der Dokto

der

hohen medizinischen Faku

der

Friedrich-Alexanders-Universität Er

vorgelegt von

Ludwig Endres
aus W[illegible]burg.

Tag der mündlichen Prüfung: [illegible]

Erlangen.
K. B. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von J[illegible]
1914.

Stfl. 1916.

Über
Nieren-Dystopie

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Ludwig Endres
aus Würzburg.

Tag der mündlichen Prüfung: 10. Juli 1914.

Erlangen.
K. B. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Junge & Sohn.
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät der Universität Erlangen.

Dekan: Geh. Hofrat Professor Dr. Penzoldt.

Referent: Professor Dr. Seitz.

Beckenniere und Dystopische Niere.

Abnormitäten in der Zahl, Lage und Form der Nieren sind nach Strube den Anatomen schon seit alten Zeiten bekannt. Der einseitige Nierendefekt wird schon bei Aristoteles erwähnt. Auch über Lageveränderung der Nieren speziell über die kongenitale Tieflage gibt es schon seit 4 Jahrhunderten Literatur, speziell berichten fast alle namhaften Anatomen des 16. Jahrhunderts über abnorme Lagerung und Bildungsanomalien der Niere. Während diese aber sich nur mit der Topographie der vorgefundenen anomalen Nieren beschäftigen, gehen die Anatomen der nachfolgenden Jahrhunderte mehr auf die Entwicklungsgeschichte der Nierenorgane ein, und suchen mit der Hemmung der Entwicklung der Harnorgane diese Anomalien resp. deren Grund und Ursache zu erklären.

Um sich darüber ein klares Bild machen zu können wird es gut sein, die embryonale Entstehung der Nieren vom Beginn an zu verfolgen:

Die Niere geht aus einer Ausstülpung des Urnierenganges hervor, der in eine am hintern Ende der Niere gelegenen Wucherung der Mittelplatte hineinwächst, und mit dieser die erste Anlage der bleibenden Niere darstellt. Die Anlage kommt jedoch nicht am Ort ihres ersten Auftretens zur definitiven Entwicklung, sondern sie wächst hinter der Urniere empor, und bildet sich erst am oberen Ende des Wolff'schen

Körpers zu ihrer späteren Größe und Struktur aus. Dabei kommt es zugleich zu einer Drehung des Urnierenganges um 180°, wodurch der ursprünglich hinter ihm liegende Ureter vor ihn gelangt. Indem das gemeinschaftliche Stück des Urnierenganges und Ureters allmählich in den Sinus urogenitalis hineinbezogen wird, verliert der Ureter seine direkte Beziehung zum Urnierengang. Ihre Mündungen rücken immer weiter auseinander, der Ureter mündet jetzt in die Allantois, die später zur Harnblase wird. Die beiden Nierenanlagen liegen im frühesten Stadium ihrer Entwicklung ganz nahe der Mittellinie in der Gegend des 31. bis 34. Ursegments. Wie Kupfer bei einem Schafembryo von 10 mm Länge beschreibt, „sind beide Nieren in dieser Entwicklungsstufe von fast sphärischer Form, berühren sich in der Mittellinie, liegen hart vor der Teilungsstelle der Aorta, und nehmen fast den ganzen Raum zwischen dieser und Mesenterialwurzel ein“. Aus diesen entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen folgt, daß die angeborene Tieflage der Niere auf einem Ausbleiben des Wachstums längs des Wolffschen Körpers beruht. Mag ein mechanisches Moment oder mangelnde Wachstumsenergie die Entwicklungsstörung verursachen, jedenfalls erreicht die Niere nicht das Endziel ihrer Wanderung, sondern bleibt an irgend einer Stelle der Wegstrecke, die sie embryonal zurücklegen soll, liegen, und kommt daselbst zu ihrer definitiven Ausbildung. Man kann nach diesen Auseinandersetzungen sich leicht die verschiedenen Grade der Dislokation „vom kleinen Becken bis dicht unterhalb der normalen Stelle“ sowie auch die Verschiedenheit der Lage zur Mittellinie des Körpers ableiten. Je nachdem nun die eine oder andere Niere ihre Wan-

derung der Urniere fortsetzt, je nach dem Grad der Verschmelzung, kommt es zur rechtsseitigen oder linksseitigen Dystopie. Eine Reminiszenz an embryonale Verhältnisse erhält sich bei der angeborenen tiefliegenden Niere meist in der Form des Organs (kann lappig sein etc.) und in der Lage des Hilus. (Hilus kann ganz nach hinten oder vorne geneigt sein, während er normaler Weise dem der anderen Niere und nur sehr wenig nach vorne zugeneigt ist.)

So könnte man also zweierlei Formen von Nierenverlagerung nach dem Becken zu oder Nieren-Dystopien annehmen, und zwar

a) die erworbene Dystopie, bei der die Niere fast immer ihre normale Form und Lage hatte, und später durch verschiedene Verhältnisse veranlaßt in erster Linie ihre Lage öfters auch ihre Form verändert hat. Solche Verhältnisse sind z. B. bei anfänglicher Wohlbeleibtheit und später rasch zunehmender Abmagerung, Nierensenkung des Organs, Verdrängung der Niere aus ihrer Lage durch Nachbargeschwülste oder aber Verwachsungen der Niere mit Genitalgeschwülsten, welche eine Zerrung nach dem Becken zu verursachen. Es hat wohl jeder praktische Arzt schon des öftern die Gelegenheit gehabt, eine nierenförmige Geschwulst, oft bis zur Inguinalfalte herabreichend, zu konstatieren, welche durch einen geschickten Druck sich bis zu ihrer ursprünglichen Stelle blitzartig zurückbringen ließ. Es handelt sich in diesem Falle um eine Wanderniere, die sicher häufiger vorhanden ist, als sie dem Arzt zur Beobachtung kommt. Diese Wandernieren kommen hauptsächlich beim weiblichen Geschlechte vor

und sind häufiger rechts als links. Auch sind sie ärztlicher Behandlung zugängig und werden durch operative Eingriffe, Bandagen etc. gebessert oder geheilt, endlich aber gibt es auch geschwulstartige Vergrößerungen der Nieren, die durch ihre oft außerordentliche Ausdehnung bis ins große oder auch sogar bis ins kleine Becken hineinragen, oder

b) die angeborene Dystopie, die, wie oben erwähnt, durch Hemmung der embryonalen Entwicklung des Urogenitalapparates in irgend einer Phase des Entwicklungsvorganges entstanden ist. Je früher diese Hemmung eingetreten sein wird, desto mehr wird die entstehende Niere von ihrer normalen Lage entfernt sein oder umgekehrt, ebenso aber auch wird ihre Form je nachdem sich der einer normalen Niere mehr oder weniger nähern.

Wie man die Lageanomalie, die man sonst als Wanderniere bezeichnet, und bei der die Niere von ihrer normalen Stelle nach vorne und unten rückt, auch als sekundäre bezeichnen kann, so nennt man auch im Gegensatz dazu die Lageanomalie, bei der die Niere in ihrer Entwicklung den Platz, den sie normalerweise einnehmen soll, nie erreicht, sondern an einer tiefer gelegenen Stelle des Abdomens fixiert wird, die primäre.

Bei der Einteilung der Nierenverlagerung unterscheidet man ferner zwei große Reihen:

1. Verlagerung nur einer Niere,

2. beider Nieren. Von beiden Typen ist der erstere Typus der häufigere. Gruber hat 36 Fälle

von verlagerter linker Niere zusammengestellt. Zu diesen kann Strube noch 12 Fälle hinzufügen, sodaß im ganzen 48 Fälle linksseitiger Nieren-Dystopie vorhanden sind, denen 16 Beobachtungen von Tieflage der rechten Niere bei normaler Lage der linken gegenüberstehen. Es erübrigt noch zu bemerken, daß bei der primären Dystopie, zumal embryonal die Entwicklung der Harnorgane unzertrennlich mit der der Geschlechtsorgane stattfindet, soweit es sich bis jetzt durch Operation und Sektion erkennen ließ, fast stets Bildungsfehler der Genitalorgane vorgefunden wurden, und zwar sowohl beim männlichen wie beim weiblichen Geschlecht.

So sah Luton eine tiefliegende linke Niere in der Leiche eines gleich nach der Geburt gestorbenen weiblichen Kindes, bei dem gleichzeitig das linke Uterushorn rudimentär war, die linke Tube fehlte und das linke Ovarium an Größe beträchtlich hinter dem rechten zurückblieb. Ferner beschreibt Kußmaul eine tiefliegende linke Niere bei einer 65jährigen Frau folgendermaßen: „linkes Uterushorn und linke Tube waren als rudimentär kaum zu erkennen, linkes Ovarium gleichfalls rudimentär, rechts normale Verhältnisse“. Auch bei dem von Herrn Prof. Dr. Seitz in Erlangen operierten gynäkologischen Fall ist bei der vorhandenen linksseitigen Nieren-Dystopie ein Uterus bikornis vorhanden, dessen linkes Horn kümmerlicher entwickelt ist als rechts. Alle diese anbei beschriebenen Fälle beweisen, daß die Bildungsfehler der Niere und der Geschlechtsorgane eine gemeinschaftliche Grundursache haben müssen und zwar ist anzunehmen, daß auch hier die ursprüngliche Entwicklungsstörung den Urnierengang betroffen hat, von dem sich, wie

oben erwähnt, sowohl die Nierenanlage als die Müllerschen Gänge ableiten, welche später die weiblichen Geschlechtsausführwege, nämlich Tube, Uterus und Vagina hervorgehen lassen.

Auf einen großen Unterschied zwischen primärer und sekundärer Nieren-Dystopie hinsichtlich der Ernährung und Lagerung dieser Organe zu ihren zu und abführenden Blutgefäßen wäre noch hinzuweisen, ebenso werden der Nachbarschaft der Blase entsprechend entweder die Harnleiter erheblich verkürzt und glatt gestreckt oder verlängert und eventuell geschlängelt erscheinen. Bei der sekundären Form wird die Ernährung der Niere durch die ihnen ursprünglichen Ernährungsorgane statthaben, nur wird die Lage der Arteria- und Vena renalis zur Aortaabdominalis und der Vena cava ascendenz statt der rechtwinkligen eine mehr spitzwinklige Form annehmen und diese Gefäße werden sich durch das langsame Herabtreten der Nieren verlängern müssen, ebenso werden die Harnleiter je mehr sich die Niere der Harnblase nähert, nicht mehr ihre ursprüngliche Form und Lage beibehalten, sondern scheinbar verlängert in ihrem Richtungsverlaufe zur Blase eine mehr konkave Form annehmen. Bei der primären Dystopie dagegen sind die Harnleiter, da mehr in der Nähe der Blase, erheblich verkürzt, und die Nierenarterien nehmen ihren Ursprung von den benachbarten Arterienstämmen des Beckens, der Arteria il. communis, il. externa und selbst der cruralis, event. auch der Arteria hypog. — Endlich, bleibt es bei der sekundären Form bei der normalen Anzahl, so ist bei der primären gewöhnlich die Zahl der Gefäße vermehrt.

Sowohl bezüglich der früher erwähnten Behauptungen, daß die Nieren-Dystopie fast immer mit einer Verkümmerung oder Mißbildung der Geschlechtsapparate in Verbindung einhergeht sowohl, als auch zur topographischen Beschreibung einer vorliegenden Nieren-Dystopie hinsichtlich Lage und Größe des Organes und der Zahl der Ernährungsgefäße, ist es hier wohl am Platze, den von Herrn Prof. Dr. Seitz in Erlangen anläßlich einer gynäkologischen Operation gefundenen instruktiven Fall von Nieren-Dystopie anzuführen, welch letzterer auch die Ursache zu dieser Arbeit gab; er sei hier beschrieben.

Krankengeschichte und Operationsbericht.

Erlangen, den 15. Januar 1913.

Frau G. aus N., 48 Jahre.

Patientin 48 Jahre alt, regelmäßig menstruiert, Periode immer schwach, keine besonders starken Schmerzen. In der letzten Zeit bemerkt sie eine Vergrößerung des Leibes und Schmerzen im unteren Teil des Unterleibes. Sie wurde vor einem Jahre von einem Frauenarzt in Nürnberg untersucht, ohne daß damals etwas Pathologisches am Genitale hatte festgestellt werden können. Nunmehr findet sich bei der bimanuellen Untersuchung ein gut kindskopfgroßer, praller Tumor, der hauptsächlich rechts gelegen ist und etwas schmerzhaft ist. Die Scheide ist mäßig lang, die Portio von regelmäßiger Beschaffenheit, der Tumor ragt in das Becken hinein und reicht nach oben bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels.

Operationsbericht.

Operateur: Herr Professor Dr. Seitz.

In Allgemeinnarkose Längsschnitt in der Mittellinie. Der Tumor geht vom rechten Ovar aus. Er ist kleinkindskopfgroß und es verläuft die Tube als ein armsdicker Strang in der Länge von 20 cm über ihn. Die Cyste wird nunmehr punktiert und entleert eine getrübte Flüssigkeit. Hierauf wird sie von ihren Verbindungen abgelöst, das Ligamentum infundibulum pelvicum unterbunden und die Cyste auch von dem Uterus abgelöst. Sie hat an der Innenfläche papilläre Excreszenzen. Erst jetzt nach der Entfernung der Cyste zeigt sich, daß der Uterus mißgebildet ist. Auf der rechten Seite ist ein zweifingerdicker Strang vorhanden, der den rechten Uterus darstellt. Er wird supravaginal amputiert, die amputierte Stelle sorgfältig mit Peritoneum übersäumt und die rechtsseitige Peritonealwunde schließlich vollständig geschlossen. Auf der linken Seite ist ebenfalls ein rudimentärer Uterus. Er hängt mit dem rechtsseitigen Uterus unten an der Portio mit einem Strang zusammen, dann kommt ein etwa kirschgroßes solides Stück, dann wiederum ein etwa 3 cm langer dünner Strang und zuletzt ein etwa wallnußgroßes solides Stück, an dessen Kante sich eine kleine Tube und das linke ziemlich gut entwickelte Ovar anschließt. Dieser rudimentäre linksseitige Uterus wird mit samt der Tube und dem Ovar exstirpiert, die Ligamente und Gefäße sorgfältig ligiert. Nunmehr zeigt sich, daß dahinter noch eine hühnereigroße Resistenz gelegen ist, deren oberer Pol bis zum Beckenrand, zur Linea innominata reicht und die über dem Kreuzbein gelagert ist. Nach der Lage denkt man

zunächst an eine ungewöhnlich große geschwollene Drüse im Gefäßdreieck, zwischen Arteria hypogastrica und Arteria iliaca externa. Es wird das Peritoneum darüber gespalten und die Resistenz an ihrer Oberfläche freigelegt, sie ist nierenförmig und hat rotbraunes Aussehen. Wie die Umhüllung weiter abgestreift wird, zeigt sich, daß von ihr Gefäße ausgehen und ein Strang blasenwärts führt. Es kann nach diesem Verhalten keinem Zweifel unterliegen, daß es sich um eine in das Becken verlagerte Niere handelt. Nachdem dies festgestellt war und das Organ sonst keine Erkrankung zeigt und zu funktionieren scheint, wird das Peritoneum wieder darüber geschlossen und das Organ zurückgelassen. Hierauf wird die Bauchhöhle in der gewöhnlichen Weise geschlossen.

Andere Fälle wären vielleicht folgende zu erwähnen:

So schreibt Lindemann folgendes:

Mann von 23 Jahren, der früher gesund gewesen ist und jetzt seit 4 Tagen unter Bauchschmerzen und Harndrang erkrankte. Trüber Urin. Über die Symphyse eine fast doppelmannsfaustgroße Geschwulst fühlbar, aber auch vom Douglas her und zwar hier fluktuierend zu fühlen. Die Laparotomie ergab eine auf dem Promontorium liegende krankhaft veränderte Niere (frische anämische Infarkte, zahlreiche bis schrotkorngroße Hämorhagieen), deren Exstirpation wegen starker schwartiger Verwachsung schwierig war. Gazetamponade des Retroperitonealraumes glatte Heilung.

Ferner Halban:

Die Untersuchung einer ca. 6 Monate graviden Patientin ergab einen kleinfaustgroßen und verschieb-

lichen Tumor, der die linke hintere Beckenhälfte in ihrem oberen Anteile ausfüllte. Der Tumor ließ weder einen Zusammenhang mit dem Genitale noch mit dem Rectum erkennen. In anbetracht, daß dieser Tumor sicherlich ein schweres Geburtshindernis darstellen werde, daß er vielleicht auch maligner Natur wäre, wurde zur Laparotomie geschritten. Diese zeigte, daß die Geschwulst von der dystopischen linken Niere gebildet wurde. Es gelang, diese Niere so weit zu mobilisieren, daß sie ins große Becken verlagert und dort fixiert werden konnte. Am dritten Tage post operationem abortierte die Patientin. Im übrigen war der Verlauf ein tadelloser. Die Patientin verließ am zwölften Tage das Bett.

Ferner beschreibt Dougel Bisell zwei weitere Fälle. Zugleich gibt er die Erklärung ab, daß er unter Beckenniere nur diejenige innerhalb der Begrenzung gelegene Niere versteht, die in ihrer Beweglichkeit so beschränkt ist, daß sie über das Becken nicht hinaus kann.

1. Eine links von der Arteria sacroiliaca gelegene Niere, die um 150° um ihre Längsachse gedreht war, so daß der Ureter und die Gefäße über die vordere Fläche der Niere verliefen. Die Diagnose wurde mit Hilfe eines mit Platinsonde armierten Ureterenkatheters gestellt, die Niere operativ an ihren Platz zurückgebracht und fixiert.

2. Vollständige Verschmelzung beider Nieren zu einem einzigen Tumor, der retroperitoneal in der rechten Fossa iliaca mit einem oberen Pole hinter dem Coecum und Appendix lag. Genitalien normal. Die Gefäße dieser Niere kamen aus der rechten Art. il. communis.

Beide Ureteren gingen an der Vorderfläche dieses Tumors ab (Nierenbecken kaum angedeutet) und mündeten an normaler Stelle in die Blase. Auch diese Niere oder eigentlich Nieren wurden mobilisiert und dann in die rechte Lumbalgegend fixiert. Eine Trennungslinie zwischen den beiden Nieren war nicht nachweisbar. Die Nebenniere war in keinem dieser Fälle mitdislociert.

Ferner hält er zur Beurteilung der Frage, ob eine falsche Lage der Niere angeboren oder erworben sei, das Verhalten der Gefäße für wichtig. Liegt die Niere in der Nähe des Abgangs ihrer Hauptgefäße (Fall 2), so dürfte die Anomalie als kongenital, andernfalls erworben aufzufassen sein.

Ferner Strätner:

Der Fall des Verfassers betrifft eine 34jährige Nullipara, die schon immer an Dysmenorrhoe mit rechtsseitigen Leibschmerzen litt. Da rechts von der Gebärmutter eine fast hühnereigroße, feste und schmerzempfindliche Geschwulst fühlbar war, wird eine intraligamentäre Eierstockgeschwulst diagnostiziert und laparotomiert. Bei dieser Operation ergab sich nun, daß die Adnexe beider Seiten normal waren, der Uterus befindet sich in Retroflexion und ist auch links verschoben. Die vorher gefühlte Geschwulst findet sich rechts vom Uterus und liegt im Ligamentum latum subperitoneal. Darauf wird das Peritoneum gespalten, um an die Geschwulst heranzukommen und dabei erwies sich diese als dystopische Niere, die linke Niere konnte deutlich getastet werden und es konnte ihre normale Lage festgestellt werden. Es gelang nun, die dystopische Niere aus dem kleinen Becken auf die

Hüftbeinschaufel zu verlagern, ohne durch übermäßige Dehnung ihrer Gefäße eine Laesion derselben herbeizuführen, auch eine übermäßige Spannung des Harnleiters wurde vermieden. Die Niere wurde darauf mit dem Bauchfell vernäht. Der subseröse Raum wurde dann sieben Tage lang mit Gaze drainiert. Die Heilung erfolgte ganz glatt und die früheren Beschwerden waren verschwunden.

Endlich Bretschneider eine äußerst schwierig zu diagnostizierenden Fall von Nieren-Dystopie:

Eine etwa 30jährige Patientin wird wegen Verdacht auf Extrauteringravidität in die Klinik gebracht. Der Hausarzt hatte vorher wegen einer Blutung, die nach einem Sistieren der Menses von zwei Monaten eingetreten war, kurettiert in der Meinung es sei ein Abort, er hatte aber dabei sehr wenig entfernt. Da wegen Schmerzen später noch nachuntersucht und nunmehr ein Tumor links vom Uterus festgestellt wurde, wurde Aufnahme in einer Klinik geraten. Die Aufnahmeuntersuchung bestätigte diesen Befund. Es fand sich livide Verfärbung und Auflockerung der Vagina, Colostrum u. s. w. Links vom Uterus ein anscheinend dem Abdominalende der Tube oder dem Ovar angehörender faustgroßer Tumor von weicher Konsistenz, an der Beckenwand etwas adhärent. Die Diagnose wurde auf Extrauteringravidität oder intraligamentäre Ovarialcyste gestellt. Wegen Pulssteigerung und wieder einsetzender Leibschmerzen wurde die Laparotomie vorgenommen. Hierbei wurde festgestellt, daß die Genitalorgane ganz normal waren, nur das linke etwas cystisch degenerierte Ovarium war mit einem etwa apfelgroßen, etwas plattgedrücktem.

extra peritoneal und zwar etwa in Höhe der Incisura ischiadica sin. gelegenen Tumor von weicher Konsistenz verwachsen. Diese Verwachsung ließ sich leicht trennen, der Tumor ließ sich auf seiner Unterlage leicht hin- und herschieben. Beim Versuch nach Spaltung des darüberliegenden Peritoneums den Tumor aus seinem Bett ins große Becken herauszuheben erfolgte eine abundante Blutung. Nach Kompression der Aorta gelang es, die blutenden Gefäße, die sich als durchrissene Stielgefäße des Tumors erwiesen, zu unterbinden. Die genauere Besichtigung des exstirpierten Tumors ergab, daß es eine Niere war. Die rechte Niere war an normaler Stelle fühlbar, die linke fehlte an normaler Stelle. Die Rekonvaleszenz verlief ziemlich ungestört, nur vom dritten bis siebenten Tage waren leichte urämische Symptome, bestehend in Kopfschmerzen, Brechreiz und Durchfällen vorhanden. Die Urinmenge konnte wegen der Durchfälle erst vom achten Tage an genau gemessen werden, sie betrug an diesem Tage 450 ccm und stieg dann von Tag zu Tag bis zur normalen Menge (1500 ccm am Entlassungstag) an.

Soweit die zusammengestellten Fälle aus der Literatur über „Nieren-Dystopie“, deren Beschreibung wohl ein klares Bild einer solchen bildet, insbesonders erscheint der von Herrn Prof. Dr. Seitz gefundene Fall sehr instruktiv, da er sowohl die Anomalie der Niere als auch der Geschlechtsorgane, beide in Verbindung stehend, zeigt.

Welche Symptome von der Niere oder deren Nachbarorgane ausgehend, werden wohl auftreten müssen, um an eine event. vorliegende Dystopie der Niere denken zu können? Diese Frage wird wohl im

großen Ganzen schwer zu beantworten sein, denn eine vorhandene Dystopie allein als solche wird, wenn die andere Niere normal ist und liegt, meist wenig oder gar keine Symptome hervorrufen und erst zufällig bei gelegentlicher Sektion oder wie im oben erwähnten Falle aus Erlangen bei Operation entdeckt werden.

So sagt Strube: (über kongeniale Lage und Bildungsanomalien der Nieren.)

Bei den spärlichen und wenig miteinander übereinstimmenden Beobachtungen kann von einem typischen Symptombild der Nieren-Dystopie nicht die Rede sein. Es muß vielmehr als typisch bezeichnet werden, daß keine Erscheinungen von der primär verlagerten Niere ausgehen. Wenn auch nach Kerrmauner nach dem vorliegenden Sektionsmaterial die Nieren-Dystopie bei beiden Geschlechtern gleich oft vorkommen sollen, so wird sie klinisch, da die Nieren-Dystopie, wie oben erwähnt, fast stets mit Anomalien der Geschlechtsorgane verbunden ist, beim weiblichen Geschlechte eher in Erscheinung treten, schon deshalb, weil die Beckenuntersuchung bei der Frau öfters durchgeführt wird und auch die Beckenraumverhältnisse der Frau dem ärztlichen Finger besser diagnostisch zugängig sind als beim Mann, wobei ein gefundener Tumor den Verdacht einer event. verlagerten Niere eher vortäuschen kann, der, wenn beim Mann vorkommend, gar nicht konstatiert werden könnte.

Mit den Anomalien der Geschlechtsorgane werden aber stets große Beschwerden der Frauen verbunden sein, und die Konstatierung eines angebornen Entwicklungsfehlers läßt sowohl den Verdacht auf event. vorliegende Nieren-Dystopie zu, wie auch anderseits gerade während oder oft auch nach der gynäkologi-

schen Operation oder vielmehr Laparotomie eine verlagerte Niere konstatiert werden konnte.

So wird also die Diagnose „Nieren-Dystopie“ in der Regel erst nach Eröffnung der Bauchhöhle, sei es auf dem Operations- oder auf dem Obduktionstisch, gestellt werden. In den besten Fällen hat man einen festen Körper von Nierenform oder nierenähnlicher Form und längere oder kürzere Zeit hindurch seine unveränderte Form und Größe festgestellt. Es kann nach Engström schwierig sein eine richtige Diagnose zu stellen, selbst wenn der in Rede stehende Körper bei dünnen und nachgiebigen Bauchdecken leicht zugänglich ist, schwer selbst dann, wenn man auch auf Grund großer Übung genau die Form und Konsistenz, die Beweglichkeit und Größe feststellen kann. Eine kongenital an unrichtiger Stelle gelegene Niere zeigt nämlich wie wir wissen nach Engström häufig genug größere oder kleinere Abweichungen. In Form und Größe (in dem von Herrn Prof. Dr. Seitz war die linke dystopische Niere um ein Drittel kleiner als normal) von einer normal gebildeten. — So wurden dystopische Nieren von ovaler Form ohne besonders hervortretenden Hilus somit abweichend von der Gestalt des völlig entwickelten Organes gefunden. Ferner fand man solche bei denen der Hilus nicht am innern Rande des Organs gelegen war, sondern am äußern Rande oder auch an der vordern Fläche, ja sogar an der hinteren Seite. Hierzu kommt, daß in einigen Fällen noch die embryonale Lappung teilweise wenigstens besteht. Schließlich kann durch krankhafte Veränderung der an unrichtiger Stelle gelegenen Niere jede Übereinstimmung mit der gewöhnlichen Niere in Form, Konsistenz und Größe aufgehoben sein. Die

häufigste Gelegenheit zur Verwechslung bietet eine im kleinen Becken gelegene Niere. Dadurch, daß sie die Topographie der Beckenorgane umgestaltet und mehr oder weniger die ganze Beckenhöhle ausfüllt, kann sie eine sichere Diagnose unmöglich machen. Es kann nämlich völlig unmöglich werden zu unterscheiden, ob die betreffende Masse vom Uterus und seinen Adnexen ausgeht, oder nicht. Ist die Niere nicht sehr groß, so kann eine sorgfältige event. in Narkose vorgenommene bimanuelle Untersuchung doch die Unabhängigkeit des einen oder andern Organs von der Masse, deren Natur man sucht, feststellen. Besonders beleuchtend ist in dieser Beziehung der Fall Hocheneggs. Die linke Niere lag in der Kreuzbeinhöhlung nach links und war oben etwas gelappt. Chobrack war geneigt den Tumor als ein Myom im linken Ligamentum latum zu deuten. Später nahm Schauta an, daß ein fixierter Ovarialtumor vorlag, und versuchte ihn nach hinterem Vaginalschnitt zu exstirpieren. Dabei fand er, daß die Adnexen normal waren und daß der Tumor in keinem Zusammenhang mit den Genitalorganen stand. Darauf wurde der seiner Natur nach noch zweifelhafte Tumor von Hochenegg auf sakralem Wege in Angriff genommen, und dann erst wurde die Situation klar.

Rückt schließlich die Niere bis zu den Adnexen vor, und besonders wenn sie die Blätter des Ligamentum latum ausbreitet, kann es sehr schwierig werden, Tube und Ovarien, beide oder eines von beiden von der Niere zu sondern. Dann ist die Diagnose Adnextumor leicht fertig. Diese Auffassungen der Natur der Tumors kann sich geradezu aufzwingen, wenn noch eine entzündliche Reizung auf derselben Seite dazu

kommt, die sich in den gewöhnlichen Schmerzen Empfindlichkeit event. verstärkten Menstrualblutungen manifestiert. In letzterer Zeit findet man einen Vorschlag von Müllerheim vermittels Katheterisierung die Länge des Ureters zu bestimmen. Dabei soll eine auffallende Verkürzung des Ureters auf der Seite, wo der unsichere Körper belegen ist, für dessen renale Natur sprechen, und hat er auf diesem Wege in einem Falle durch Röntgenaufnahme nach Ureterkatheterismus die Diagnose gestellt. Allein nach Kerrmauner kann auch die Ureterenlänge täuschen. Nach ihm sollen wir ein einfaches Mittel, welches sich günstig zu bewähren scheint, soferne man nur an die Möglichkeit einer dystopischen Niere denkt, besitzen, nämlich in der renopalpatorischen Albuminurie. Doch wird man sich vor einer zu intensiven Ausnützung dieses Versuches hüten müssen, da die Wissenschaft auch eine traumatische Nephritis kennt, die als Folge der Palpation auftreten kann. Auch nach Bretschneider ist für die Diagnose der Nachweis der renopalpatorischen Albuminurie nötig und ist es nach ihm, in Federoffs Klinik in vier Fällen gelungen die Diagnose vor der Operation zu sichern. Die renopalpatorische Albuminurie besteht nach Menge, der das Verdienst hat, zuerst auf dieses Phänomen aufmerksam gemacht zu haben, darin, daß eine halbe Stunde nach Massage der Niere der Urin eiweißhaltig wird.

Was die Therapie anlangt, so wird man selbst bei der Diagnose von Dystopie der Niere, soferne nicht allzugroße Beschwerden vorliegen, nichts machen. Falls große Beschwerden (Ureterkoliken, beginnende Hydronephrose etc. etc.) vorliegen, empfiehlt Bretschneider Exstirpation der Niere, zumal dann, wenn

sie ein schweres Geburtshindernis abgibt, doch soll man sich nach ihm fest überzeugt haben, daß die andere Niere vorhanden und voll leistungsfähig ist. Strätner und Federoff empfehlen die Beckenniere aus dem kleinen in das große Becken zu verlagern überhaupt erscheinen die von Strätner vertretenen therapeutischen Grundsätze besonders beachtenswert. So verwirft er grundsätzlich die Ektomien gesunder dystopischer Nieren. An Stelle der Ektomie soll wie oben erwähnt zweckmäßige Verlagerung und ihre Annähung treten, ein Verfahren, das außer ihm auch noch Frankdelore und Delaforge gelungen ist. Auch in geburtshilflichen Notfällen soll, nach ihm, was die Niere anlangt, konservativ verfahren werden. Beim toten Kinde soll die Perforation, beim lebenden der Kaiserschnitt oder die operative Bekenerweiterung vorgenommen werden. Prophylaktisch kommt auch die wiederholt mit Erfolg gemachte künstliche Frühgeburt in Frage. Ebenso warnt Strube bei der großen Gefahr operativer Eingriffe vor allzu raschem Handeln. In dem von Herrn Prof. Dr. Seitz vorgefundenen Falle war, zumal eine Geburt nicht mehr in Frage kam, das Organ auch anscheinend voll funktionierte und zu renalen Beschwerden keinen Anlaß gab, ein weiterer operativer Eingriff zur Entfernung oder Verlagerung des Organes nicht nötig.

Eine nochmalige kurze Betrachtung aller der erwähnten Fälle wird zu der Ansicht führen, daß es trotz der vorwärts schreitenden medizinischen Wissenschaft immer noch schwer sein wird, bei Lebzeiten, abgesehen vom zufälligen Entdecken anläßlich einer Operation, die Diagnose „Nieren-Dystopie“ zu stellen,

zumal das abnorm geformte und gelegene Organ zu großen Beschwerden meist nicht zu führen und das andere normale Organ bei event. Ausfall seiner Tätigkeit dessen Funktion zu übernehmen scheint.

Gelingt es trotzdem durch Zufall oder vermittels der oben angedeuteten Hilfsmethoden (Palpation, Röntgenbild, Ureterenkatherisierung bimanueller Untersuchung, Ausscheiden einer Geschwulst des Uterus oder seiner Adnexe die Diagnose „Nieren-Dystopie" zu sichern, sowird man nur dann operativ eingreifen, wenn das verlagerte Organ als Geburtshindernis in Frage kommt. aber auch dann nie exstirpieren, sondern nur verlagern und festlegen, ausgenommen natürlich die Fälle, wo eine bösartige Entartung des Organes für das Leben überhaupt oder für die Nachbarorgane eine Gefahr bedeutet, und unbedingt seine Entfernung verlangt. Dann muß aber der Nachweis eines anderen gesunden und voll funktionierenden Organes absolut gelungen sein.

Zum Schlusse muß ich noch der angenehmen Pflicht genügen, Herrn Prof. Dr. Seitz sowie dessen Assistenten Herrn Oberarzt Dr. Engelhorn in Erlangen für die Anregung und Unterstützung zu dieser Arbeit und für das Interesse das mir bei der Anfertigung desselben entgegengebracht wurde, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Strube, Über kongenitale Lage- und Bildungsanomalien der Nieren. Virchows Arch. CXXXVII. 1914.

Kußmaul, Mangel, Verkümmerung, Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg 1859.

Liudemann, Zur Pathologie und Therapie der kongenitalen Nieren-Dystopie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1911. CX. S. 596.

Halban, Kongenitale Beckenniere und Gravidität. Wien. klin. Wochenschrift 1910 Nr. 4.

Dougel Bisell, Amerik. Journ. of obstet. Oktober 1911.

Strätner, Beitrag zur Pathologie und Therapie der kongenitalen Nieren-Dystopie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. LXXXIII. S. 55. 1906.

Bretchneider, Beitrag zur kongenitalen Dystopie der Niere. Beckenniere. Arch. f. Gyn. LXXXXVIII. 1912.

Hochenegg, Zur klinischen Bedeutung der Nieren-Dystopie. Wien. klin. Wochenschr. 1900 Nr. 1.

Lebenslauf.

Als Sohn des Sattlermeisters Martin Josef Endres und der Therese Endres, geb. Korb aus Kitzingen, in Würzburg im Jahre 1868 geboren, besuchte ich in Würzburg Volksschule und Gymnasium, machte im Jahre 1889 das Abiturium und besuchte dann bis zum Juli 1896 die Universität Würzburg, um Medizin zu studieren. Nach erfolgter Aprobation als Arzt am 14. Juli 1896 ließ ich mich, nachdem ich 2 Jahre lang als Vertreter praktisch gearbeitet, als Arzt der Reihenfolge nach in Mommenheim i. Rheinhessen, Westersburg i. Westerwald, Detmold i. Lippe, Mühlhof-Reichelsdorf und endlich am 1. April 1914 hier in Nürnberg als Arzt nieder.

Ludwig Alexander Nikolaus Endres.